

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

99

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

Brajndla HALPERN

Née le 13 Décembre 1912 à Jéziorna (Pologne).

Traitement des abcès du poumon
par
une nouvelle technique d'autolysat

Travail fait dans le Centre de Triage
de l'Hôpital Saint-Antoine

Président : **M. Troisier**, Professeur

Les Editions du Globe
14, Fbg Saint-Denis
PARIS

3e



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention Médecine)

Brajndla HALPERN

Née le 13 Décembre 1912 à Jéziorna (Pologne).

Traitement des abcès du poumon
par
une nouvelle technique d'autolysat

Travail fait dans le Centre de Triage
de l'Hôpital Saint-Antoine

Président : M. **Troisier**, Professeur

Les Editions du Globe
14, Fbg Saint-Denis
PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chi- rurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climato- logie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.



Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système ner- veux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses ...	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNEO. GOSSET. GREGOIRE. LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE. JEANNIN. LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et or- thopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique ...	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD. HOVELACQUE. MULON. OLIVIER. SANNIE. VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ...	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDARD D'ALLAINNES ...	Pathologie chirurgicale
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.

MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Physiologie.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

Clinique médicale	Clinique chirurgicale
MM.	MM.
ALAJOUANINE	BASSET
AUBERTIN	BROCQ
BRULE	CADENAT
CHABROL	GATELLIER
DONZELOT	MOURE
DUVOIR	QUENU
LIAN	VELTER
PASTEUR-VALLERY-RADOT	
SEZARY	
	Clinique obstétricale
	MM.
	ECALLE
	METZGER

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émiss dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET MON CHER PERE
*Faible témoignage de ma profonde affection
et de ma grande reconnaissance*

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A LA MEMOIRE DE MA CHERE SOEUR ROSE

*dont la mort précoce
m'a inspiré l'idée d'étudier la médecine*

A NOTRE MAÎTRE et PRÉSIDENT de THÈSE

Monsieur le Professeur TROISIER,

Professeur de Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Laënnec,
Officier de la Légion d'honneur.

*Qui a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

Hommage respectueux.

A Monsieur le Docteur Ch. MAYER,

Médecin assistant de l'Hôpital St-Antoine.

*A qui nous devons la technique du traite-
ment et qui nous a inspiré le sujet de
notre thèse.*

Hommage de notre reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE
DE TOURS

INTRODUCTION

Le traitement des abcès du poumon est devenu actuellement un problème très passionnant. L'abcès du poumon considéré si longtemps comme affection très rare a été, au cours de ces dernières années, l'objet de nombreux travaux et on s'étonne du développement tardif pris par l'étude de cette maladie dans le chapitre de la pathologie respiratoire. On chercherait en vain sa description dans les traités de médecine française du XIX^e siècle. Les grands cliniciens du XIX^e siècle connaissaient bien cette affection mais la croyaient sans intérêt comme maladie exceptionnelle. « Il n'y a pas, disait Laënnec, de lésion organique plus rare qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire ». Elle n'existait d'ailleurs à ses yeux qu'à titre d'évolution bien particulière des « péri-pneumonie ». Mais, peu à peu, se multiplient les observations d'abcès du poumon aussi bien aigus, que chroniques et cela aussi bien en France qu'à l'étranger. A ces observations nouvelles s'ajoutent des descriptions des suppurations enkystées et conscrites du thorax. La

fréquence des abcès amène une revision des données classiques par une documentation nouvelle basée sur la clinique, la radiologie et l'anatomie pathologique.

Les chirurgiens, d'un côté, interviennent plus volontiers, perfectionnent leur technique, osent dans certains cas des opérations radicales qui permettent d'étudier d'une manière plus précise sur les pièces d'anatomie pathologique. Les spécialistes avec la bronchoscopie, les bactériologistes et les histologistes ont pu pousser plus loin l'exploration des abcès pulmonaires. Si intéressants que soient les problèmes d'étiologie et des diagnostics des abcès du poumon, celui de la thérapeutique demeure primordial. Les opinions les plus divergentes ont été émises et le sont encore aujourd'hui sur le traitement des abcès pulmonaires.

Tandis que les uns donnent leur préférence à l'intervention chirurgicale précoce, les autres, les plus nombreux, temporisent et mettent en œuvre le traitement médical, se réservant d'opérer si des complications surviennent ou si l'évolution persiste sans amélioration. Il est évident qu'une méthode de traitement qui donnerait des résultats satisfaisants avec l'application de la nouvelle technique d'autolysat que nous envisagerons peut avoir une très grande importance dans la pratique.

HISTORIQUE

Les anciens auteurs considéraient comme très rare la guérison des abcès du poumon. Trousseau, d'après son observation clinique, conclut que le pronostic des abcès du poumon est irrémédiablement fatal. Mais la possibilité de guérison fut déjà reconnue par Laënnec, qui lui-même en a observé plus de 20 cas en 1823 qui se terminèrent par une vomique.

Le contraste est aujourd'hui frappant. La multiplication des abcès du poumon est un des faits les plus curieux de l'histoire médicale contemporaine.

L'abcès du poumon est devenu, comme partout d'ailleurs, très fréquent depuis 1918.

Cependant, dès 1900, des conceptions différentes prévalaient chez les chirurgiens et ce sont dans les importants travaux consacrés vers cette époque à la chirurgie pulmonaire que l'on voit une hésitation apparaître lorsqu'il s'agit de définir la nature exacte de certaines suppurations pulmonaires.

Il faut arriver à 1914 pour voir la gangrène pulmonaire attirer davantage l'attention des cliniciens.

Ce sont les cas de M. le professeur Achard, de Merle, de Coussade qui emploient le terme d'abcès gangréneux.

Depuis les observations sont devenues de plus en plus nombreuses. La thèse de Gérard en 1923, un mémoire de Lemierre et Léon Kindberg en 1924, le rapport de F. Bezançon au congrès de 1925 ont insisté déjà sur les modifications de leur aspect clinique.

Le Prof. Sergent et ses élèves, le Prof. Bezançon, d'autres encore ont tour à tour approfondi l'étiologie, la clinique et les indications thérapeutiques. En 1927, la remarquable thèse de R. Kourilsky fut le premier exposé d'ensemble.

En 1928, L. Kindberg en précisait les divers aspects. Le Dr Baumgartner publia dans le bulletin de la Société Nationale de Chirurgie de Paris, le 21 novembre 1928, deux cas d'abcès gangréneux du poumon opérés et guéris et à l'Académie de Médecine, en 1929, un article sur la pneumotomie dans les abcès du poumon. Dans la même année, MM. Sergent, Baumgartner et Kourilsky avaient publié les principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires dans une communication à l'Académie de Médecine.

En 1931, les mêmes auteurs firent paraître : « Quelques considérations sur les indications respectives de la pneumotomie et de la pneumectomie partielle dans le traitement des abcès du poumon ».

Le traitement des suppurations pulmonaires est donc actuellement encore en pleine évolution. La multiplicité extraordinaire des travaux que cette question continue à susciter le prouve. Les méthodes thérapeutiques infiniment nombreuses et variées sont basées sur des principes d'action très différents. Les uns cherchent à détruire les agents divers de la suppuration (thérap. anti-infectieuse,

générale et locale) d'autres à lui fournir une issue aussi large que possible (méthode de drainage, naturel et chirurgical), d'autres à réduire les cavités formatrices de pus (collapsothérapie), les dernières enfin, devant l'échec de tous les autres procédés, à mobiliser certains foyers invétérés proposent de le supprimer (opérations radicales).

En général, on peut considérer deux méthodes de traitement des abcès du poumon :

A) TRAITEMENT MEDICAL

Les traitements du domaine médical comportent la méthode médicamenteuse et la méthode mécanique.

Méthode médicamenteuse. — Les modalités de cette thérapeutique sont nombreuses.

La chimiothérapie anti-infectieuse vient en première ligne : L'hyposulfite de soude à la dose de 3 à 4 grs est susceptible d'agir sur la fétidité des crachats et d'amener aussi des améliorations; le goménol, l'eucalyptol, injectés sous la peau auraient, tout au moins théoriquement, au cours de leur élimination, un rôle désinfectant sur l'appareil respiratoire; l'uroformine, injectée par voie intra-veineuse, aurait une action élective sur les microbes pulmonaires; l'arsénobenzol, qui était longtemps en vogue aussi bien à l'étranger qu'en France, amène des améliorations et même des cicatrisations.

Le traitement émétinien, spécifique de l'amibiase.

La vaccinothérapie comme la chimiothérapie a eu un certain nombre de guérisons.

La sérothérapie surtout anti-gangréneuse agit bien dans les abcès putrides.

La cure de soif, préconisée par Singer, Dorendorf, Roth a donné aussi des résultats de guérison.

A ces nombreuses méthodes, il faut ajouter encore

les deux nouveaux traitements : l'un par les injections intra-veineuse d'alcool à 33 p. 100 dans le sérum physiologique, l'autre, plus récent, par les injections intra-veineuses de benzoate de sodium.

Méthode mécanique. — Le traitement dit mécanique vise à favoriser l'évacuation du pus collecté en assurant le drainage. Il peut être réalisé par 3 moyens :

1) Drainage de position, (mais l'emploi de cette méthode est pénible et assure un drainage imparfait),

2) Drainage par expression ou pneumothérapeutique.

3) La bronchoscopie, préconisée par les Américains et qui a réuni en France de nombreux adeptes. Elle permet l'aspiration du pus dans l'abcès, le lavage de la cavité et l'instillation en son intérieur des substances modifiatrices; elle serait suivie, surtout dans les cas aigus, d'excellents résultats et constituerait pour Kindenberg et Kourilsky la méthode de choix en dehors des indications opératoires. Toutefois, elle reste discutée et n'est pas acceptée par tous les cliniciens.

B) TRAITEMENT CHIRURGICAL

Les traitements du domaine chirurgical sont de deux ordres : les procédés d'action directe et les procédés d'action indirecte.

Les procédés d'action indirecte, qui consiste en l'ouverture et le drainage chirurgical, comprennent :

- a) la pleurotomie simple et la pneumotomie;
- b) les opérations radicales : pneumectomie et lobectomie.

Les procédés d'action indirectes, qui visent à réaliser la collapsothérapie chirurgicale, sont la phrénisectomie, le décollement peuro-pariétal, la thoracoplastie et l'apicolyse.

Ils s'adressent surtout aux séquelles opératoires et

peuvent être considérés comme des opérations complémentaires.

On peut se demander quelle est la valeur de ces méthodes si diverses ? Sans doute pour chacune d'elles on cite des exemples plus ou moins nombreux de guérison. Mais aucune médication ne s'impose de façon précise plus que les autres et l'on est réduit bien souvent au procédé de tâtonnements successifs.

LES HUILES ESSENTIELLES

Leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques

Les propriétés des huiles essentielles étaient déjà bien connues dans l'antiquité. De tous temps et dans tous les pays, les plantes aromatiques ont toujours été considérées comme les plus efficaces contre les maladies et souvent préconisées dans la pathologie respiratoire. Mais à l'heure actuelle un très petit nombre de ses constituants est seulement connu et utilisé en thérapeutique.

Et pourtant, leur action physiologique est très importante et leur puissance est parfois considérable.

Les huiles essentielles sont des corps très actifs, pas dangereux et susceptibles de multiples applications thérapeutiques.

Ajoutées à un produit toxique, elles en diminuent la toxicité, facilitent son élimination par toutes les voies naturelles et opposent à l'action de ce produit des actions toniques. Leur pouvoir antiseptique est du plus haut intérêt, d'autant qu'il n'est accompagné d'aucun des

inconvénients qu'offrent tous les autres antiseptiques employés jusqu'à ce jour.

Particulièrement intéressant est leur pouvoir vitalisant sur les tissus. Appliquées dans les plaies atones on remarque la disparition prompte du pus, la diminution du nombre de microbes et la stimulation énergique de la cicatrisation. Tout se passe donc comme si le milieu physiologique recevait un dynamisme supplémentaire tel que les phénomènes pathologiques entrent immédiatement en régression.

Le grand avantage des huiles essentielles est leur innocuité absolue. Elles agissent elles-mêmes comme antitoxines et contrarient les effets dangereux des poisons de toute nature. Elles sont susceptibles d'éviter certaines floculations, de diminuer les effets des chocs. Utilisées pour dissoudre ou diluer des produits injectables, elles évitent les incidents et augmentent leur activité. Les huiles essentielles modifient les tensions superficielles des liquides, possèdent un grand **pouvoir d'absorption** et sont très **perméables**. Mises en suspension dans le sang, les particules d'essence se rassemblent parfois sur les **parois** des vaisseaux ou à la surface de globules sanguins et modifient radicalement les tensions et les perméabilités.

Les propriétés particulières aux huiles essentielles décrites plus haut, expliquent leur emploi dans la technique nouvelle du traitement des abcès du pòumon que nous allons présenter.

TECHNIQUE DE PREPARATION

(D'après le Dr Ch. Mayer)

- 1) Ensemencement des crachats.
- 2) Emulsion des corps microbiens, obtenus par culture, dans une solution aqueuse d'huiles essentielles à 5 pour 100 contenant :
 - 1/3 — Géraniol.
 - 1/3 — camphre de Bornéo.
 - 1/3 — cyprès.
- 3) Mise à l'étuve de cette émulsion pendant 7 jours;
- 4) Après ce temps, les microbes sont lysés dans une proportion de 9/10;
- 5) Le reliquat des corps microbiens est éliminé par centrifugation.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Ce lysat peut être injecté par toutes voies, en toute quantité, sans incidents, ni réactions. Pratiquement par voie intra-veineuse. Pour les premiers jours, en attendant l'auto-vaccin, on utilise un stock-vaccin polyvalent pulmonaire, ensuite l'auto-vaccin, quotidiennement ou tous les 2 jours, intra-veineux à la dose de 10 cc par injection.

OBSERVATION I

A. AL., Italien, âgé de 31 ans, mécanicien.

Antécédents familiaux : rien à signaler.

Antécédents personnels : aucun.

Le début de la maladie a été marqué par un malaise général, fatigue et amaigrissement progressif; sensation de douleur profonde dans l'hémithorax droit s'irradiant vers l'omoplate et s'exagérant par la toux.

Malgré la fatigue, la toux fréquente, la fièvre, le malade a continué son travail. Cependant la dyspnée augmentait, la toux ne disparaissait pas, les crachats plus abondants devenaient fétides et purulents. L'état général était gravement atteint, l'anorexie complète. Ne pouvant plus travailler, le malade est entré à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Jacob, le 19 mai 1938.

Examen.

On est en présence d'un malade pâle et dyspnéïque. La température est à 37° 3.

L'examen physique révèle une zone de matité sur le champ pulmonaire droit vers l'épine de l'omoplate;

la respiration est légèrement soufflante et on entend des râles sous-crépitaux.

La radiographie, faite le 20 mai, montre dans le champ pulmonaire droit, occupant le tiers moyen, une ombre homogène à limites supérieure et inférieure assez nettes. On remarque dans cette ombre une légère plage claire suggérant l'hypothèse de la possibilité d'une excavation.

Le malade est très fatigué, tousse beaucoup, même la nuit, les crachats abondants (deux crachoirs par jour) sont purulents, verts et fétides. La température monte et les sueurs deviennent très abondantes.

L'examen des crachats montre une flore microbienne assez abondante et variée; on voit de nombreux diplocoques encapsulés, de nombreux cocci, quelques bâtonnets (certains trapus, d'autres plus allongés), Gram +; également quelques bacilles à extrémités effilées prenant le Gram, mais se décolorant assez facilement.

Présence de nombreux pneumocoques.

On ne voit pas de BK.

Le 31 mai, on commence **le traitement**.

Immédiatement après la première injection de la solution, le malade a éprouvé une sensation d'engourdissement de tout le corps, durant quelques minutes.

La température est tombée le lendemain de l'injection; mais deux jours après, le malade fut pris un matin brusquement d'une sensation de déchirure profonde dans la région mammaire droite, suivie d'une expectoration de pus mêlé de sang, très fétide. En même temps, on note une élévation thermique. Le malade est cyanosé, très dyspnéique et couvert de sueurs. La température oscille d'oxygène sous-cutané et on continue le traitement; la fièvre tombe progressivement pour revenir à la normale après quelques injections. L'état général s'améliore, le

malade ne transpire plus, il tousse beaucoup moins, l'expectoration diminue.

Le 12 juin, on fait une radiographie : l'étendue des tâches a augmenté à la fois vers le haut et vers le bas, l'excavation est plus visible. On continue le traitement.

La radiographie du 4 juillet montre : Une plage d'ombre qui a nettement rétrocedé surtout à la partie inférieure et interne. Le malade se sent rétabli, réclame à manger, a toujours faim. La toux et les crachats semblent avoir disparu complètement. La force revient.

La radiographie du 26 juillet montre un nettoyage important et une persistance d'une légère ombre peu étendue.

Le malade sort de l'hôpital le 25 août 1938 entièrement guéri, dans un excellent état, avec une augmentation de poids de 10 kg.

La radiographie faite avant sa sortie, le 17 août, montre un nettoyage complet des lésions.

Nous l'avons revu 5 mois après, il est toujours bien portant, ne ressent aucun trouble pulmonaire et continue à pratiquer son métier.

OBSERVATION II

A. G., 31 ans, livreur-charbonnier.

Antécédents familiaux : Rien de particulier.

Antécédents personnels :

Congestion pulmonaire en 1934, hospitalisé 1 mois et demi. Une radiographie n'a rien montré.

En 1935, pleurésie, après laquelle on note un grand amaigrissement.

Fin 1936, une nouvelle pneumopathie aiguë. Reste 1 mois et demi à l'hôpital, sort, recommence à travailler.

Le 25 avril 1938, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Jacob, pour une toux et expectoration très abondante. Le malade est dyspnéique, ressent un point de côté dans l'hémithorax gauche, exagéré par la respiration et la toux.

La température oscille entre 38° 5 et 39 6.

Examen physique :

Inspection : Dans la région sous-épineuse gauche on constate une voussure qui est douloureuse à la pression.

Percussion : Cette voussure est légèrement mate. L'auscultation à son niveau révèle une respiration soufflante, on y trouve aussi des râles sous-crépitants.

L'examen des crachats montre :

B K = O ;

flore microbienne assez abondante ;

présence de nombreux pneumocoques ;

quelques cocci à Gram + ;

type staphylo assez rare.

La radiographie faite le 27 avril 1938 montre le champ pulmonaire droit normal, une plage d'ombre occupant le 1/3 moyen du champ pulmonaire gauche avec, dans sa partie supérieure une zone ovalaire paraissant correspondre à une excavation. La plage d'ombre est assez homogène dans son ensemble et ne fait pas penser à une opacité d'origine bacillaire.

Le 4 mai, on institue le **traitement**.

On commence par une injection intra-veineuse de 5 cc. La température de 39° 6 tombe le lendemain à 38 3. Elle s'approche de la normale les jours suivants.

On fait une nouvelle radio le 11 mai qui montre la plage d'ombre notablement étendue ne laissant libre que le quart inférieur et le quart supérieur du champ pulmonaire gauche, l'excavation a diminué de volume.

Malgré l'image radiologique qui montre l'extension des lésions, on continue le traitement à la suite duquel on remarque une amélioration de l'état général, la diminution de l'expectoration et une augmentation de poids.

La radiographie pratiquée le 23 mai présente un début de nettoyage radiologique qui se fait à la fois dans la partie supérieure et la partie inférieure de la lésion. L'excavation a disparu. Le malade reprend de l'appétit, tousse et crache moins, la température est normale.

Le 3 juin, on fait une radiographie qui montre un

nettoyage presque complet et la plage d'ombre restante a presque disparu.

M. A. G. entièrement guéri quitte l'hôpital le 28 juin 1938 avec une radiographie faite 4 jours avant sa sortie, montrant un nettoyage radiologique complet.

OBSERVATION III

M. G. P., âgé de 37 ans,
entre dans le service de M. Jacob, le 1er juillet 1938,
pour des douleurs dans l'hémithorax droit, asthénie et
toux.

Au mois d'avril, le malade a reçu un coup par un
brancard et depuis, il se sentait mal, il avait de la fièvre
le soir, il ressentait une douleur à la base droite, qui
s'irradiait vers l'omoplate, avait des frissons, de la cé-
phalée. Malgré cet état, il continuait à travailler. Cepen-
dant, la dyspnée augmentait au moindre effort, il tous-
sait, crachait, avait des sueurs très abondantes; l'ano-
rexie était totale.

Examen.

L'examen montre un malade amaigri, pâle, abattu,
toussant, ramenant une expectoration fétide.

La percussion révèle une zone de matité à la base
droite. L'auscultation fait entendre quelques bruits.
adventices.

La radiographie faite à son entrée montre la partie inférieure du poumon droit occupée par une ombre à limite supérieure horizontale et nette, la limite inférieure floue laisse le sinus libre.

L'examen des crachats montre :

une flore microbienne constituée par de nombreux pneumocoques, des staphylocoques en quantité moindre, des tétragènes assez rares.

B K = O.

On commence le **traitement** le 6 juillet.

Après la deuxième injection la température revient à la normale, le malade, se sent mieux, les sueurs disparaissent, mais il tousse et crache encore abondamment.

La radiographie du 13 juillet montre une diminution très nette à la fois de l'étendue et de l'opacité de l'ombre.

L'amélioration se poursuit, l'anorexie disparaît, le poids augmente, la force revient, les crachats diminuent.

Sur la radiographie du 27 juillet, on voit l'ombre devenir linéaire. Le malade sort guéri, le 27 juillet.

Une radiographie faite le 28 août montre la persistance d'une ombre linéaire sans aucune tâche de parenchyme.

Nous l'avons revu après 6 mois, il se trouve en bon état, il ne tousse plus et ne crache plus.

Il ne ressent aucun trouble et continue à travailler.

RESULTATS

Les résultats obtenus par la méthode envisagée sont fort encourageants.

Sous l'influence de cette thérapeutique nous avons constaté une amélioration considérable des troubles pulmonaires et de l'état général après quelques injections.

Chez M. A. A. (Observation I), la température tombait progressivement pour revenir à la normale après la 3^e injection.

La dyspnée et les sueurs ont disparu 2 jours après la première injection. La toux devenait moins fréquente, l'expectoration diminuait, le malade reprenait de l'appétit, les forces revenaient, l'état de dépression a disparu.

Les radiographies successives montraient le nettoyage progressif des lésions.

Au bout de 3 mois, le malade est parti guéri, en excellent état, avec une augmentation de poids de 10 kg. et une image radiographique complètement nettoyée.

Nous l'avons revu après 5 mois, il se trouve toujours en bonne santé, il travaille et ne ressent aucun trouble.

Chez deux autres malades, l'efficacité de cette médi-

cation a été également remarquable et la guérison est survenue dans un temps plus court.

Nous n'avons que trois observations, car notre travail est fait dans un service de tuberculeux où l'abcès du poulmon s'égare rarement.

Nous espérons que l'efficacité de cette méthode et la simplicité de son application encouragera d'autres à l'essayer et peut-être qu'avec le temps cette médication deviendra le traitement spécifique de l'abcès du poulmon.

CONCLUSIONS

I. — La méthode du traitement des abcès du poumon, que nous avons présentée, constitue une thérapeutique nouvelle, qui vient de naître, mais qui présente par son efficacité et ses résultats un grand intérêt pour l'avenir.

Susceptible d'augmenter le nombre des cas guéris par le traitement médical, fait espérer de devenir un jour une arme radicale dans les traitements des suppurations pulmonaires.

II. — La technique consiste en :

- 1) ensemencement des crachats;
- 2) émulsion des corps microbiens obtenus par culture dans une solution aqueuse d'huiles essentielles à 5 0/0 contenant :
 - 1/3 camphre de Bornéo;
 - 1/3 Géraniol;
 - 1/3 Cypres.
- 3) Mise à l'étuve de cette émulsion pendant 7 jours;

4) Après ce temps les microbes sont lysés dans une proportion de 9/10;

5) Le reliquat des corps microbiens est éliminé par centrifugation.

TECHNIQUE DU TRAITEMENT

Ce lysat peut être injecté par toutes les voies en toute quantité, sans incidents, ni réactions. Pratiquement par voie intra-veineuse.

Pour les premiers jours, en attendant l'auto-vaccin, on utilise un stock-vaccin polyvalent pulmonaire, puis l'auto-vaccin, quotidiennement ou tous les 2 jours intra-veineux à la dose de 10 cc. par injection.

III. — L'action a été rapide.

IV. — Cette méthode est inoffensive, sans complications, ne provoque aucune réaction locale ni générale, sauf quelquefois un léger engourdissement de tout le corps, durant quelques secondes, après la première injection, mais sans répétitions.

V. — Elle peut s'appliquer sans danger au traitement des abcès aigus, chroniques et putrides et chez des malades gravement atteints.

Vu, le Doyen :
TIFFENEAU.

Vu, le Président de Thèse :
TROISIER.

Vu et permis d'imprimer,
Pour le Recteur,
L'Inspecteur de l'Académie de Paris :
G. RIMEY.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Livierats.** Applications et résultats thérapeutiques de l'autovaccinothérapie mixte dans l'abcès pulmonaire (Paris Médical 1926).

2. **Charles Mayer.** Essais de prémunition des cobayes contre la tuberculose. (Revue de la Tuberculose 1938).

3. **Widal (A.).** Abscess gangréneux du poumon traités et guéris par le pneumothorax artificiel et la phrénisectomie (Union Médicale du Canada, février 1928).

4. **Landau, Feygin et Bauer.** Sur le traitement efficace des processus purulents pulmonaires à l'aide des injections intra-veineuses d'alcool à 33 0/0. (Presse Médicale, 11 avril 1931).

5. **Goldkom.** Injection de benzoate de sodium dans un abcès du poumon. (Presse Médicale, décembre 1935).

6. **G. Izar.** Therapy of chronic pyogenic abscess (An. paulist de Méd. e eir. 33 : 315-320 April 1937).

7. **E. Sergent, Baumgartner, Kourilsky.** Principes directeurs du traitement des suppurations pulmonaires (Ac. Méd. 1932).
8. **Achard et Mouzon.** Abscès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. (Soc. Méd. Hôp. Paris 1925).
9. **Baumgartner.** Traitement chirurgical des suppurations pulmonaires non tuberculeuses (IX^e Congrès chirurgical, Madrid, 1932).
10. **Minet.** A propos du traitement des abscesses pulmonaires (Progrès Méd. 1938).
11. **Roth.** Le traitement de l'abcès pulmonaire par la cure de soif. (Schweitz. Med. Woch. 3 juill. 1936).
12. **Labbé (Marcel).** Abscès fétide du poumon guéri par l'émétine. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 7 mars 1930).
13. **Baumgartner.** Sur la pneumectomie dans les suppurations pulmonaires. (Ac. Méd., 3 janv. 1933).
14. **Achard et Soulée.** Abscès aigu du poumon rapidement guéri. Bacilles fusiformes et spirochètes dans l'expectoration. Traitement par l'arsenobenzol. (Ac. Méd., 5 mars 1929).
15. **Léon Kindberg.** Les méthodes actuelles de traitement des suppurations pulmonaires (Soc. Méd. Prat. 1^{er} mai 1931).
16. **Lemariéy.** Résultats du traitement bronchoscopique des suppurations pulmonaires (Soc. Laryng. Hôp. Paris, 1929).
17. **Kully.** Bronchoscopy treatment of lung suppuration (Amér. Inst. of Surg. 1921).

18. **Loignet-Lavastine et Georges.** Traitement des suppurations pulmonaires par les injections intra-veineuses d'alcool à 33 0/0. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 1er juillet 1932).

19. **Gattefossé (R. M.).** Bromothérapie.

20. **Kourilsky.** Le traitement des abcès du poumon

21. **Bernardi.** Suppurations pulmonaires et diverses méthodes de traitement (Giorn. di Chir. e Med. février 1929).

22. **Cathala et A. Strée.** Gangrène et abcès du poumon traités par la bronchoscopie. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 11 décembre 1931).

23. **Nubert et D. Branisteanu.** L'émétine comme traitement des suppurations pulmonaires non biennes. (Pr. Méd. le 29 janvier 1930).

24. **P. Dragomirescu.** Traitement de l'abcès du poumon par injection intra-veineuse de benzoate de soude. (Rev. San. mil. Bucarest, septembre 1937).

25. **Lereboullet, Lelong et Benoist.** Abcès du poumon à staphylocoque doré chez un nourrisson. Autovacinothérapie; vomique guérison. (Soc. Méd. Hôp. Paris, 11 juillet 1930).

26. **C. H. Nommack, A. M. Tiber.** Traitement des abcès du poumon par gaïacol intra-veineux. (S. A. M. A. 31 juin 1937).

27. **E. Grimaldi.** Intravenous sodium benzoate therapy. (Riv. san. siciliana, june 15, 1937)

28. **E. Cioffi.** Question of alcohol or sodium benzoate therapy. (Sazz de osp. 57. 20 déc. 1936).

29. **Baumgartner.** Sur la pneumectomie dans les suppurations pulmonaires. (Ac. Méd. 3 janv. 1933).

30. **Forlanini.** Un cas d'abcès du poumon datant de 6 ans et traité avec succès par le pneumothorax artificiel. (Scritt di C. Forlanini, Bologne, 1928).

31. **Kourilsky.** Les abcès du poumon. Thèse de Paris 1927.

32. **L. H. Cley.** Bronchoscopy in lung suppuration. All Med. J., oct. 1925).

33. **Coquelet.** Le traitement des suppurations pulmonaires non tuberculeuses. (Rapp. du 4^e Congrès Madrid, mars 1932).

